

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

Année 1904

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le Mercredi 20 Juillet 1904, à 1 heure*

PAR

Maurice DUBREUILH

---

DE

# La Péritonite Gonococcique

CHEZ L'ENFANT

---

*Président :* M. HAYEM, *professeur*

*Juges :* { MM. GAUCHER, *professeur*  
WIDAL et BROCA (ANDRÉ), *agrégés*.

---

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

---

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

H. JOUVE

15, rue Racine, 15

---

1904

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

| <b>Doyen.</b>                                                      |   | M. DEBOVE.    |
|--------------------------------------------------------------------|---|---------------|
| <b>Professeurs</b>                                                 |   | MM.           |
| Anatomie.....                                                      |   | P. POIRIER.   |
| Physiologie.....                                                   |   | CH. RICHET.   |
| Physique médicale.....                                             |   | GARIEL.       |
| Chimie organique et Chimie minérale.....                           |   | GAUTIER.      |
| Histoire naturelle médicale.....                                   |   | BLANCHARD     |
| Pathologie et thérapeutique générales.....                         |   | BOUCHARD      |
| Pathologie médicale.....                                           | } | HUTINEL.      |
| Pathologie chirurgicale.....                                       |   | BRISSAUD.     |
| Anatomie pathologique.....                                         |   | LANNELONGUE   |
| Histologie.....                                                    |   | CORNIL.       |
| Opérations et appareils.....                                       |   | MATHIAS DUVAL |
| Pharmacologie et matière médicale.....                             |   | RECLUS.       |
| Thérapeutique.....                                                 |   | POUCHET.      |
| Hygiène.....                                                       |   | GILBERT.      |
| Médecine légale.....                                               |   | CHANTEMESSE   |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie.....                    |   | BROUARDEL     |
| Pathologie expérimentale et comparée.....                          |   | DEJERINE.     |
| Clinique médicale.....                                             | } | HAYEM.        |
|                                                                    |   | DIEULAFOY.    |
|                                                                    |   | DEBOVE.       |
|                                                                    |   | LANDOUZY.     |
| Maladie des enfants.....                                           |   | GRANCHER.     |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale..... |   | JOFFROY.      |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....               |   | GAUCHER.      |
| Clinique des maladies du système nerveux.....                      |   | RAYMOND       |
| Clinique chirurgicale.....                                         | } | TILLAX.       |
|                                                                    |   | LE DENTU.     |
|                                                                    |   | TERRIER.      |
|                                                                    |   | BERGER.       |
| Clinique ophtalmologique.....                                      |   | DE LAPERSONNE |
| Clinique des maladies des voies urinaires.....                     |   | GUYON.        |
| Clinique d'accouchements.....                                      | } | BUDIN.        |
|                                                                    |   | PINARD.       |
| Clinique gynécologique.....                                        |   | POZZI.        |
| Clinique chirurgicale infantile.....                               |   | KIRMISSON     |

## Agrégés en exercice.

| MM.           |              |                    |           |
|---------------|--------------|--------------------|-----------|
| ACHARD        | FAURE        | LEGUEU             | TEISSIER  |
| AUVRAY        | GILLES DE LA | LEPAGE             | THIERY    |
| BEZANÇON      | TOURETTE     | MARION             | THIROLOIX |
| BONNAIRE      | GOSSET       | MAUCLAIRE          | THOINOT   |
| BROCA (AUG.). | GOUGET       | MERY               | VAQUEZ    |
| BROCA (ANDRÉ) | GUIART       | POTOCKI            | WALLICH   |
| CHASSEVANT    | HARTMANN     | REMY               | WALTHER   |
| CUNEO         | JEANSELME    | RENON              | WIDAL     |
| DEMELIN       | LANGLOIS     | RICHAUD            | WURTZ     |
| DESGREZ       | LAUNOIS      | RIEFFEL (chef      |           |
| DUPRE         | LEGRY        | des travaux anat.) |           |

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

DE LA

## Péritonite Gonococcique chez l'Enfant

---

### INTRODUCTION

Au cours de cette année, M. le Dr Variot, dans une de ses intéressantes leçons du mardi, nous a présenté deux malades âgées de douze ans et dix ans et demi, atteintes de péritonite aiguë et qui présentaient un écoulement vulvo-vaginal. Nous avons pensé à réunir les observations qui ont été publiées jusqu'à ce jour sur la péritonite gonococcique chez l'enfant, et à essayer d'en dégager les traits principaux de cette affection.

Mais auparavant, à cette première page de notre thèse inaugurale, nous nous faisons un devoir de remercier nos maîtres, MM. les professeurs de l'Ecole de médecine de Nantes, MM. les médecins et chirurgiens des hôpitaux de Nantes.

Les Drs Albert, Delebecque, Desjars, Grognot, Horveno et Schmitt, ont été nos habituels camarades

d'études. Nous tenons à les remercier de leur bonne amitié.

Notre vieil ami Jules Sébilleau, interne des hôpitaux de Paris, nous a fourni les matériaux nécessaires à l'élaboration de cette thèse ; il nous est tout particulièrement agréable de le remercier ici.

Nous offrons à M. le professeur Hayem l'expression de notre respectueuse gratitude, pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

## ÉTIOLOGIE

La péritonite gonococcique est une complication rare de la vulvo-vaginite chez l'enfant.

L'étude des observations que nous avons pu grouper, nous montre qu'elle survient le plus souvent chez des petites filles de 6 à 12 ans, mais elle n'épargne pas non plus la première enfance, et on a pu en rapporter un cas chez une enfant de 5 mois.

Tantôt l'écoulement vulvo-vaginal a déjà attiré l'attention et c'est au cours du traitement que se déclare la péritonite, tantôt l'enfant présente toutes les apparences de la santé, lorsqu'elle est prise plus ou moins brusquement de symptômes péritonéaux, et c'est alors seulement qu'un examen attentif permet de constater l'existence d'un écoulement génital. C'est dans ces cas surtout, on le comprend, qu'il sera utile d'avoir présente à l'esprit la possibilité d'une péritonite à gonocoque.

Dans nombre de cas, la péritonite se manifeste chez une enfant déjà en traitement pour une affection quelconque (scarlatine, diphtérie, fièvre typhoïde, pleurésie purulente) soit pendant le cours de ces maladies soit pendant la convalescence.

Les causes de l'affection qui nous occupe se confondent avec celles de la vulvite blennorrhagique, et leur étude ne saurait entrer dans notre sujet.

## SYMPTOMATOLOGIE

Il résulte évidemment de la lecture des observations, que la péritonite à gonocoques est loin d'être uniforme, que l'infection gonococcique du péritoine donne lieu à des manifestations cliniques très différentes les unes des autres au point de vue de la violence des symptômes, de la durée et de l'évolution de la maladie, et surtout au point de vue du pronostic. C'est surtout en se plaçant à ce dernier point de vue que M. Marfan établit trois catégories :

Dans la première il range les péritonites gonococciques mortelles ; dans la seconde, celles qui guérissent : la troisième est réservée aux pelvipéritonites gonococciques localisées, qui donnent lieu à des adhérences présentant une évolution plus ou moins chronique ou subaiguë et qu'on trouve parfois à l'autopsie de jeunes filles vierges.

Dans les observations qui font l'objet de notre étude, nous trouvons cinq péritonites s'étant terminées par la mort (Obs. I, II, III, IV, XVIII). Dans les cinq cas, début brusque, aggravation rapide des symptômes, douleurs violentes, facies alarmant, pouls très rapide, parfois incomptable, température assez

élevée, sauf dans un cas où il y eut constamment hypothermie (Observation II), mort en 24 ou 48 heures avec phénomènes de septicémie, faiblesse croissante, phénomènes convulsifs. L'écoulement génital était abondant, et dans trois cas l'examen bactériologique a révélé la présence du gonocoque.

Mais beaucoup plus nombreux sont les cas suivis de guérison. Ce sont ceux-là que nous voulons étudier avec quelque détail ; mais là encore, il nous semble nécessaire d'établir une subdivision et de distinguer des formes graves et des formes légères. En effet, nous avons trouvé la relation résumée d'observations de petites filles atteintes de vulvo-vaginite et qui présentèrent des douleurs plus ou moins passagères de l'abdomen (Epstein). La première atteinte chez la petite malade de M. Variot (Obs. XIV) peut rentrer dans cette catégorie.

Ces cas, où tout se borne à une légère réaction péritonéale, doivent être assez fréquents, d'autant que par leur légèreté même, ils passent inaperçus ou tout au moins ne sont pas relatés ; mais ils ne sauraient être confondus dans une même description avec ces états péritonéaux graves, à symptômes intenses et effrayants qu'on trouve dans la plupart des observations.

Début brusque, aggravation rapide et effrayante de l'état général, puis amélioration précoce, pour ainsi dire inespérée et définitive, tels sont en résumé les caractères de la péritonite gonococcique :

Il n'y a point de période prodromique ; dans les cas

où l'enfant n'est pas en traitement pour une autre affection, dans les cas où la maladie survient en pleine santé apparente, nous voyons l'enfant se plaindre subitement de vives douleurs abdominales, alors que quelques heures auparavant elle vaquait à ses occupations habituelles ou prenait un repas d'excellent appétit.

Avec les douleurs un des premiers symptômes sont les vomissements survenant eux aussi d'une façon soudaine et inattendue.

La constipation est la règle, toutefois dans quelques cas on a noté de la diarrhée.

A ces premières heures, l'affection en impose pour une violente indigestion ; mais bientôt les douleurs deviennent plus intenses, les vomissements, d'abord purement alimentaires deviennent bilieux et porracés, le ventre, très sensible à la moindre pression, se ballonne et présente du météorisme à la percussion ; la température monte à 38°, 39°, le pouls devient petit et rapide ; le facies s'altère, et le diagnostic de péritonite s'impose.

Etudions ces symptômes en détail : La douleur spontanée affecte des formes variables, tantôt elle est continue et généralisée à tout l'abdomen, tantôt elle affecte la forme de coliques, survenant par accès et se déplaçant, tantôt enfin elle présente un maximum bien net en un point du ventre.

Il en est de même de la douleur provoquée par la pression :

Il est en général difficile de procéder à une palpation méthodique du ventre ; cette exploration est considérablement entravée par l'extrême sensibilité ; la malade pousse des cris dès qu'on touche la paroi abdominale ; quoiqu'il en soit, on est arrivé dans la plupart des cas, à se rendre suffisamment compte des différentes localisations de la douleur provoquée, ainsi que de l'état de la paroi et des parties sous-jacentes :

Dans la plupart des cas l'abdomen tout entier est sensible au moindre contact, mais quelquefois la sensibilité est localisée, ou tout au moins présente un maximum bien net en un point quelconque du ventre ; ce siège n'a rien de constant dans les différents cas ; tantôt c'est la fosse iliaque gauche (Obs. XIV), tantôt la région de la rate (Obs. XVII), la région sous-ombilicale (Obs. V), parfois aussi la fosse iliaque droite (Obs. XVI) ; dans ces derniers cas, la confusion avec l'appendicite a été faite, nous en reparlerons à propos du diagnostic.

Dans quelques cas la paroi abdominale est restée souple et flasque, mais la plupart du temps le ventre est tendu et ballonné, la palpation, quoique très douloureuse, permet toutefois de constater l'absence d'empâtement ; la percussion donne une sonorité tympanique. Il n'y a jamais de matité.

En général il n'y a pas à proprement parler de défense musculaire, mais on peut constater une immobilisation de l'abdomen due à l'intensité de la dou-

leur ; il y a respiration thoracique et parfois une véritable dyspnée (Obs. XVI).

Les troubles digestifs tiennent une grande place dans le tableau symptomatique. Parfois il n'y a qu'un ou deux vomissements, d'autres fois les vomissements se répètent, opiniâtres et persistent pendant plusieurs jours.

Il sont d'abord purement alimentaires, puis ils deviennent verdâtres, porracés. Il n'y a jamais de vomissements fécaloïdes.

La constipation a été observée dans la grande majorité des cas ; mais elle n'est jamais absolue, presque toujours il y a au moins une évacuation naturelle, et dans tous les cas on l'a vue céder aux moyens thérapeutiques simples (sels purgatifs, lavements).

La diarrhée, quoique rare, a été observée quelquefois. Dans un cas la diarrhée était glaireuse et fétide.

On a noté la défécation douloureuse ; la malade redoute et retarde autant que possible le moment de vider ses intestins. Dans plusieurs cas, la miction douloureuse a été également constatée. Ce dernier phénomène est sans doute en rapport avec l'urétrite qui accompagne ordinairement la vulvo-vaginite blennorrhagique.

La température n'est jamais excessive ; ses variations n'ont rien de régulier, elle oscille entre 38° et 39°, 104° 1/2 F. ; ce qui correspond à 40° centigrades (Obs. XVI).

Le pouls est toujours très rapide (108, 112, 120, 140 pulsations par minute) parfois incomptable ; le plus souvent petit, mais quelquefois large et fort (Obs. V).

L'attitude de la malade est caractéristique, elle est dans le décubitus dorsal, les jambes fléchies sur les cuisses, les cuisses fléchies sur le bassin. La face est d'une pâleur livide, le visage grippé, le nez pincé, les lèvres bleuâtres, les yeux excavés ; l'amaigrissement devient extrême, les extrémités se refroidissent. Il y a un abattement profond, parfois de l'agitation et du délire.

En somme quelques jours, souvent quelques heures après le début, la malade est arrivée à un état qui semble désespéré.

Eh bien, malgré l'extrême gravité apparente d'un pareil état, on voit une amélioration se produire, au cinquième jour (Obs. VI), au deuxième jour (Obs. XI, XII, XIV), au quatrième jour (Obs. XIII).

Les symptômes s'amendent ; la température baisse légèrement, le pouls devient plus fort et moins rapide, les douleurs, le météorisme, les vomissements décroissent, l'état général semble plus satisfaisant.

L'amélioration est d'abord légère et à peine sensible, mais elle est durable et progressive et la maladie évolue vers la guérison définitive. Celle-ci est obtenue au sixième jour (Obs. V, XIV), au huitième jour (Obs. VI, XIII), au septième jour (Obs. XI). Dans la deuxième observation de Northrup, la température

persista plusieurs semaines, mais la guérison fut définitive et la malade fut retrouvée un an après en parfaite santé.

Cette amélioration rapide et définitive nous semble être le trait le plus caractéristique de l'affection qui nous occupe.

Parlons maintenant de l'état des organes génitaux. La difficulté de l'examen chez l'enfant, ne permet pas de se rendre un compte exact de l'état des organes internes. Toutefois, dans un cas, on a pu voir que le col utérin était rouge et tuméfié et présentait une calotte de pus à son orifice (Erard et Koplich). Le toucher rectal n'a permis de rien constater d'anormal du côté des culs-de-sac. Dans la plupart des cas, on a pu une fois constater par ce moyen d'exploration un très léger empâtement du Douglas (Obs. XV).

Ordinairement les petites lèvres sont rouges et tuméfiées, les grandes lèvres recouvertes de pus desséché, formant des croûtes jaunâtres, et l'on constate un écoulement épais, crémeux, verdâtre, tachant et empesant le linge. L'abondance de cet écoulement est très variable. Tantôt il s'agit d'un écoulement de date récente, tantôt d'un écoulement ancien.

L'examen bactériologique a décelé le gonocoque dans le liquide vulvo-vaginal (Obs. I, V, XIII, XIV, XVI).

Il semble que les recherches bactériologiques sont restées négatives, alors qu'il s'agissait d'écoulement de date déjà ancienne (Obs. XII).

Dans quelques cas on a pu voir un écoulement

abondant diminuer notablement lors de l'éclosion des accidents péritonéaux et reprendre ensuite son importance avec l'amélioration de ces accidents. Mais cette circonstance est loin d'être la règle.

## DIAGNOSTIC

Nous sommes en face du syndrome péritonéal chez une enfant. En l'absence d'affection coexistante bien déterminée, en l'absence de commémoratifs, la cause de cet état grave ne nous apparaît pas clairement. L'hypothèse d'une occlusion intestinale sera facilement éliminée. L'hypothermie, le hoquet, les caractères des vomissements qui ne tardent pas à devenir fécaloïdes et à présenter une odeur fétide, enfin et surtout l'absence complète et absolue de l'émission par l'anus de matières et de gaz, tous signes qui appartiennent à l'occlusion de l'intestin, ne permettront par la confusion. Ce à quoi nous pensons alors c'est l'appendicite et nous recherchons les signes de cette affection. Nous ne les trouvons pas ; c'est alors qu'on devra songer à l'examen des organes génitaux.

Si l'on ne constate pas à première inspection la présence d'un écoulement vaginal, il ne faudra pas négliger d'examiner les linges de l'enfant, il faudra pratiquer l'examen génital aussi complètement qu'il est possible de le faire chez une malade de cet âge, enfin on devra s'enquérir de l'existence possible d'un écoulement ancien.

Si on a constaté l'existence d'un écoulement ancien ou actuel, il ne faut pas se hâter de conclure à la nature gonococcique de l'affection ; ce diagnostic, qui implique l'abstention chirurgicale, ne devra être porté qu'après une sérieuse discussion des symptômes, après l'élimination bien légitimée des affections qui peuvent simuler la péritonite à gonocoques.

Nous allons rapidement les passer en revue :

Nous avons indiqué plus haut les principaux éléments du diagnostic différentiel avec l'occlusion intestinale, nous n'y reviendrons pas.

Dans un cas relaté par M. Comby (Obs. XI), les accidents ont éclaté pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde qui avait été grave et longue. Le fait qu'on était au trente-deuxième jour de la convalescence, quinze jours après la reprise de l'alimentation, ne permettait guère de s'arrêter à l'idée d'une perforation typhoïdique de l'intestin, et la péritonite fut rapportée à sa véritable cause : l'écoulement génital. Il est évident que si les accidents éclataient en plein cours de la maladie, au troisième septenaire par exemple, un pareil diagnostic présenterait les plus grandes difficultés.

La péritonite gonococcique a été constatée chez des enfants atteintes de scarlatine et il est bon de rappeler à ce propos l'existence d'une péritonite scarlatineuse.

Quant à la péritonite tuberculeuse, ses allures plutôt chroniques ne permettront guère la confusion. La granulie frappe volontiers le péritoine chez l'en-

fant, mais les autres caractères de la maladie, les signes pulmonaires, etc., constitueront des éléments de diagnostic suffisants. Quant à la péritonite par perforation, due à une ulcération tuberculeuse, elle est fort rare, et l'existence antérieure des symptômes d'une entérite tuberculeuse la ferait facilement reconnaître.

Le diagnostic sera plus épineux avec la péritonite à pneumocoques.

La différence réside surtout dans l'évolution. Après une période de début bruyante, pouvant en imposer pour l'affection qui nous occupe, la péritonite à pneumocoques semble s'améliorer, mais pour entrer dans une seconde phase, avec ascite, collections purulentes, et cette évolution suffira à la caractériser.

Mais dans les premiers jours, le diagnostic différentiel nous semble absolument impossible.

Nous arrivons maintenant au diagnostic le plus intéressant, celui qui se présente le plus souvent en clinique, nous voulons dire le diagnostic avec la péritonite appendiculaire :

Dans les cas où la péritonite à gonocoques présente des douleurs absolument généralisées à tout l'abdomen, une sensibilité égale en tous les points du ventre, ballonnement général, sans raideur de la paroi plus marquée en un point, il est facile d'éliminer l'hypothèse d'une appendicite ; mais il n'en est pas toujours ainsi, et nous voyons par la lecture des observations que, dans plus d'un cas, le diagnostic a

présenté de sérieuses difficultés. La douleur, spontanée ou provoquée, peut en effet présenter un maximum assez net au niveau de la fosse iliaque droite, ainsi que nous le voyons dans plusieurs observations, parfois même au voisinage de la région de Mac-Burney, et la difficulté de la palpation vient encore rendre plus difficile l'examen attentif de cette région. Quoiqu'il en soit on peut constater le plus souvent l'absence d'empatement et de rigidité pas toujours cependant, et dans l'observation XVI, nous lisons que le chirurgien appelé constata à la région appendiculaire et sur une surface large comme la paume de la main, de la rigidité et de la douleur aiguë à la pression. Il y a donc des péritonites gonococciques simulant la péritonite appendiculaire, mais dans la majorité des cas, il n'en est pas ainsi ; les deux observations de Northrup (XVI et XVII) sont très instructives à ce sujet.

On voit que dans la plupart des cas la péritonite à gonocoques pourra être reconnue sans grandes difficultés.

La coïncidence de la diminution de l'écoulement vulvaire avec l'éclosion des accidents péritonéaux, constitue évidemment une importante indication diagnostique.

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Les examens anatomiques *post-mortem* ou au cours de l'opération ont été rares. Nous nous contenterons de reproduire ici, dans un tableau d'ensemble les différents résultats de ces examens.

### OBSERVATION I

Loven. *Autopsie.*

Péritonite généralisée, parois du petit bassin couvertes d'un exsudat purulent épais.

Muqueuses vaginale et utérine tuméfiées, érodées, congestionnées.

Les deux trompes renferment du pus jaune et épais.

*Ovaires tuméfiés.* — L'ovaire gauche est le siège d'un petit abcès.

Dans les mucosités vaginales on trouve le gonocoque..

Dans le pus péritonéal on trouve le streptocoque.

## OBSERVATION II

Huber. *Laparotomie. Mort.*

Péritonite séro-purulente diffuse.

Appendice normal.

Orifice abdominal de la trompe droite enflammé et épaissi.

## OBSERVATION III

Huber. *Laparotomie. Mort.*

Appendice normal.

Trompes épaissies et enflammées.

## OBSERVATION XIV

Northrup. *Laparotomie. Guérison.*

Dans le petit bassin petite quantité d'un liquide clair et peu coloré.

Appendice normal.

Péritoine un peu dépoli, rouge, sillonné de vaisseaux distendus. La rougeur due à l'injection vasculaire est beaucoup plus marquée au niveau du cœcum et du côlon.

En somme, phénomènes surtout congestifs.

Voir observation XVIII).

## PATHOGÉNIE

Par quelle voie se fait l'infection gonococcique du péritoine :

Trois modes de propagation sont possibles :

La voie sanguine ;

La voie lymphatique ;

La voie directe par les voies génitales : vagin, utérus, trompes.

Ces trois modes de propagations se trouvent réalisés chez l'adulte.

La voie sanguine ainsi qu'il arrive dans le rhumatisme blennorrhagique.

La voie lymphatique : Témoin l'inflammation des ganglions inguinaux ; enfin la voie directe en suivant les muqueuses, exemple : l'épididymite, l'orchite, la cystite chez l'homme atteint d'urétrite blennorrhagique et chez la femme, les métrites, les salpingites, les pelvi-péritonites consécutives à une gonorrhée vulvo-vaginale. Mais dans les cas qui nous intéressent actuellement, chez l'enfant, lequel de ces trois modes de propagation est le plus vraisemblable. Examinons successivement les trois hypothèses :

*Voie sanguine* : S'il s'agissait d'une infection sanguine générale, le péritoine serait évidemment inté-

ressé dans sa totalité, or dans la plupart des observations, nous voyons l'inflammation circonscrite à une partie de la séreuse. Ce mode d'infection est donc peu probable.

*Voie directe :* Cette seconde hypothèse nous paraît plus vraisemblable. Il est évident que chez l'enfant comme chez la femme adulte, l'infection gonococcique peut suivre les voies génitales utérus, trompe, etc.

Dans quelques observations, suivies d'autopsie, nous voyons qu'on a trouvé l'extrémité frangée de la trompe rouge et tuméfiée, la muqueuse utérine enflammée, dans un cas les deux trompes étaient remplies de pus. Il est très probable que dans ces cas l'injection a dû se faire par voie directe ; mais ces cas, qui d'ailleurs ont été mortels, sont sans doute exceptionnels, et dans toutes les autres observations l'examen des culs-de-sac latéraux pratiqué par le toucher rectal, n'a fait constater aucun empatement.

Dans un cas cependant (Erard et Koplich), on aurait pu voir un col rouge, présentant une calotte de pus à son orifice. En somme on peut admettre la propagation par les voies génitales, mais elle ne saurait être prouvée en raison de la difficulté de l'examen.

*Voie lymphatique :* Pour M. Variot c'est ce mode de propagation qui dans la majorité des cas doit être incriminé. Voici les raisons qui d'après lui viennent appuyer cette hypothèse :

Les muqueuses de l'urèthre, de la vulve et du vagin sont particulièrement riches en vaisseaux lymphatiques.

Ceux-ci forment des réseaux serrés s'anastomosant largement entre eux et avec ceux de l'utérus et du rectum.

D'autre part le gonocoque affectionne la cellule lymphatique, il les pénètre, et c'est dans les cellules lymphatiques qu'on le rencontre le plus souvent ; ces éléments sont pour ainsi dire son habitat et son véhicule naturel.

Nous rendant à ces excellentes raisons de M. Variot, nous concluons avec lui que l'infection gonococcique se propage le plus habituellement au péritoine par la voie lymphatique, tout en faisant cette réserve que dans certains cas, relativement rares, il peut se passer chez la jeune enfant ce qui se passe chez la femme adulte : infection du péritoine par propagation directe suivant les muqueuses génitales : vagin, utérus, trompes.

Mais dans ces cas qui ont été exceptionnellement graves, on a trouvé le péritoine rempli de pus, et l'examen bactériologique de ce liquide a décelé non seulement du gonocoque, mais dans un cas du streptocoque, dans un autre du staphylocoque. Il est donc supposable que dans ces cas le gonocoque n'est pas seul en cause, et que la gravité particulière des accidents est due à une infection streptococcique surajoutée.

En effet, le gonocoque, bien qu'il puisse être pyogène, trouve dans le péritoine un milieu peu favorable à son développement. La séreuse est impressionnée violemment par lui ou par ses toxines, mais

ordinairement il ne donne pas lieu à un exsudat appréciable, et, suivant l'expression de M. Comby, il y a plutôt péritonisme que péritonite. Ainsi s'expliquerait la bénignité relative des péritonites à gonocoques.

## PRONOSTIC ET TRAITEMENT

Nous voyons que, dans la plupart des cas, la péritonite gonococcique présente une évolution qui permet de la considérer comme relativement bénigne. Quelle que soit la gravité apparente des accidents et le caractère alarmant de l'état général, les observations nous apprennent qu'il ne faut pas s'effrayer et il faut savoir qu'une évolution vers la guérison est, malgré tout, probable. Nous lisons en effet que le plus grand nombre des malades ont guéri sans intervention chirurgicale.

Chez une malade de M. Comby (obs. XI), l'intensité des accidents était si inquiétante que la laparotomie fut décidée. Une circonstance fortuite obligea à différer l'opération, et pendant ce temps, une amélioration évidente s'étant produite, on attendit encore et la guérison survint.

En présence d'une péritonite gonococcique devratt-on donc toujours et malgré la gravité des accidents rejeter l'intervention chirurgicale.

Un certain nombre de cas, il est vrai, ont amené la mort, mais dans ces cas exceptionnels, la laparotomie a été inutile, l'infection ayant produit dès le début une sidération rapide et intense.

Aussi, nous appuyant sur les opinions autorisées de MM. Marfan, Comby, Variot, nous ne craignons pas d'affirmer qu'en présence d'une péritonite à gonocoques, il faut s'abstenir d'opérer, et se contenter du traitement médical.

Celui-ci sera basé sur la diète absolue, l'application de glace sur le ventre, l'administration à l'intérieur de très petites doses d'opium, sous forme de laudanum ou d'élixir parégorique.

Dans les cas de grande faiblesse, on a employé avec succès les injections de sérum.



## OBSERVATIONS

### OBSERVATION I

Loven

(*Hygica* 1886).

Résumée par Epstein.

Une fille de 5 ans est prise de vomissements. Deux jours après on trouve sur les draps de son lit des taches qui conduisent à faire l'examen génital, qui permet de constater l'existence d'un écoulement purulent. Il se développe ensuite une péritonite avec douleurs dans l'épaule. Mort avec des phénomènes de septicémie.

L'autopsie montre l'existence d'une péritonite généralisée. Les parois du petit bassin sont couverts d'un exsudat purulent épais. La muqueuse vaginale et celle de l'utérus sont tuméfiées, érodées, congestionnées. Les deux trompes renferment du pus jaune épais. Les ovaires sont tuméfiés ; le gauche est le siège d'un abcès. Les mucosités vaginales contiennent des gonocoques ; dans le pus péritonéal on trouve des streptocoques.

## OBSERVATION II

Francis Hubert.

*American Pediatrics society.*

Résumée par Epstein.

1889. — Fille de 7 ans, atteinte de vulvo-vaginite et d'urétrite. Ecoulement assez abondant, de couleur verdâtre (pas d'examen bactériologique).

Anémie, constipation. Au cours du traitement, l'enfant est prise de vomissements opiniâtres et de phénomènes péritonitiques avec hypothermie et collapsus. Dans l'idée d'une appendicite avec perforation on fait la laparotomie. L'opération permet de constater l'existence d'une péritonite séropurulente diffuse. L'appendice est normal. Par contre, l'orifice abdominal de la trompe droite est trouvé enflammé et épaissi. Mort, 20 heures après l'opération.

Huber pense que le point de départ de la péritonite a été la vulvo-vaginite. Il est revenu ultérieurement sur ce cas pour dire que, quelque temps après la mort de son opérée, il a eu à soigner, pour une gonorrhée chronique, le frère aîné de la petite malade.

## OBSERVATION III

Huber a communiqué un second cas de péritonite diffuse, à la suite de la vulvo-vaginite chez une fille de 4 ans.

Mort après la laparotomie.

L'opération montra que les trompes étaient épaissies et dans un état d'inflammation aiguë.

L'appendice était normal.

A côté de ces cas qui se sont terminés par la mort, Huber a vu plusieurs cas de péritonite subaiguë, à la suite de vulvo-vaginite chez les petites filles, qui ont guéri.

#### OBSERVATION IV

Steven, *Lancet*, 1891.

*Cas de péritonite généralisée aiguë, rapidement mortel, chez une enfant, associée à un catarrhe vulvo-vaginal.*

12 mai 1890. — La malade était une enfant, Mary. M., âgée de 4 ans. Son père et sa mère avaient toujours été bien portants, et l'enfant, avant sa fatale maladie, n'avait jamais, reçu les soins du Dr Headrich.

Le matin du 12 mai 1890, l'enfant prit son déjeuner comme à l'habitude, ses intestins ayant été exonérés avant le repas, et elle semblait aussi bien que jamais. A 10 heures, environ deux heures après le déjeuner, elle vint trouver sa mère, se plaignant d'une douleur au ventre; et sa mère, pensant peut-être que ses intestins avaient besoin d'être excités, la conduisit aux water-closets, mais on n'obtint rien qu'un peu d'urine.

Pendant la matinée l'enfant, fit une marche d'un demi-mille, jusqu'à la maison de sa grand'mère, où la douleur

abdominale devint si intense que deux gouttes de laudanum furent administrées. La malade dut être portée jusqu'à la maison, après quoi une dose de sels fut administrée par sa mère. Pendant l'après-midi, la douleur empira et le Dr Headrich fut mandé vers 5 ou 6 heures.

Il trouva l'enfant pâle, et paraissant très abattue; il y avait de la douleur dans le côté droit de l'abdomen; la température était à 140° le pouls était petit et presque incomptable; il n'y avait pas de toux et l'urine paraissait normale.

Le Dr Headrich appliqua de suite un cataplasme et ordonna une potion contenant quelques gouttes de teinture de digitale, en raison de l'état du pouls. Le matin du 13, l'enfant n'était pas mieux, et pendant l'après-midi, elle devint très agitée et délirante. Le Dr Headrich me télégraphia dans la soirée, et je vis la malade vers 8 heures. Elle était alors très abattue, les lèvres étaient sèches, et elle cherchait continuellement à les humecter; il y avait une grande agitation et un état nauséux.

Le pouls était à 120; la langue était chargée; et la face était extrêmement pâle. L'abdomen était uniformément distendu et la percussion donnait partout un son tympanique. Une grande expression de douleur était occasionnée par la pression au-dessous de l'ombilic et sur le côté droit de l'abdomen. Pendant mon examen il y eut une évacuation profuse et fétide, et en même temps, je notai un écoulement vulvaire manifeste. Je questionnai la mère au sujet de cet écoulement vulvo-vaginal, et elle me dit qu'il existait depuis quelques temps, mais que, l'enfant ne s'en plaignant pas, elle y avait accordé peu d'attention. Comme diagnostic, je pensai que

l'enfant était atteinte de péritoine aiguë généralisée, et que le catarrhe vulvaire était probablement la cause de ce grave état péritonéal.

Je trouvai cela d'autant plus probable qu'il n'y avait aucun commémoratif pouvant faire penser à un trouble intestinal ou péritonéal, et l'abondante évacuation qui eut lieu pendant ma visite écartait toute idée d'obstruction.

Neût été la leucorrhée, la seule conclusion à laquelle on put s'arrêter était que la péritonite était due à une soudaine rupture de l'intestin, probablement de l'appendice.

Le pronostic était évidemment très sérieux, et comme traitement nous recommandâmes la continuation des cataplasmes, 4 gouttes de laudanum toutes les 4 heures, et une demi-cuillère à café de brandy toutes les heures. Le lendemain 14, je reçus un mot du docteur Headrich, m'informant que l'enfant avait succombé vers dix heures du matin. Elle devint de plus en plus faible et, vers la fin, livide. Une attaque convulsive survint peu de temps avant la mort et l'abdomen devint plus distendu.

Malheureusement nous ne pûmes obtenir l'autopsie.

## OBSERVATION V

Marfan.

*Revue mensuelle des maladies de l'enfance.*  
*Péritonite aiguë sous-ombilicale au cours d'une vulvo-*  
*vaginite. Guérison.*

3 juillet 1894. — Une fillette de 9 ans est conduite à l'hôpital le 3 juillet 1894, parce qu'elle a des pertes depuis cinq

ou six mois ; la vulve est rouge et tuméfiée, couverte de croûtes jaunâtres ; les linges de l'enfant présentent de nombreuses taches , l'hymen est intact ; l'urèthre est enflammé.

On la traite par les lavages de permanganate de potasse à 1/1000.

Le 4. — L'enfant se plaint du ventre qui est douloureux à la pression, et le soir la température atteint 38°6.

Dans la nuit, il survient des vomissements verdâtres.

Le 5. — La température est à 39°2 ; le facies est grippé ; le ventre n'est pas très gros, mais il est tendu et très douloureux dans toute la région sous-ombilicale.

Le pouls est rapide, mais fort, la fillette n'est pas abattue.

On prescrit 15 gouttes d'élixir parégorique pour immobiliser l'intestin, une potion de Todd, une vessie de glace sur le ventre, du lait glacé. L'enfant a encore des vomissements porracés. Le soir, on applique une ventouse scarifiée au niveau de chaque fosse iliaque ; la température est de 38°8.

Le 6. — L'état s'est amélioré ; le ventre est un peu distendu et l'exploration ne permet de constater ni empatement ni ascite ; la température est de 37°4 ; il n'y a eu qu'un vomissement pendant la nuit.

Le soir, la température est à 38°.

Le 7. — La température est encore à 38°5 ; mais le mieux s'accroît et peu à peu tous les troubles s'effacent. Le 10, elle est hors de danger.

## OBSERVATION VI

M. Marfan.

*Péritonite généralisée grave au cours d'une vulvo-vaginite.  
Guérison.*

12 décembre 1894. — Une fillette de 11 ans, entre le 12 décembre 1894 à l'hôpital des Enfants, pour une scarlatine compliquée de diphtérie. Elle est traitée par le sérum antidiphtérique dans une salle d'isolement du pavillon Trousseau. La diphtérie guérit assez vite. La scarlatine évolua sans accidents.

Le 9 janvier 1895. — Au vingt-septième jour de la scarlatine, après un examen de la bouche, désinfection de son corps et de ses vêtements, elle est évacuée au service de la scarlatine.

Nous l'examinons alors et nous la trouvons sans fièvre, mais très amaigrie, très pâle, elle présente de la paralysie du voile du palais, et un écoulement vulvo-vaginal abondant, verdâtre. M. J. Hallé décèle le gonocoque dans le liquide vulvaire.

On fait les lavages avec la solution de permanganate de potasse au 1/1000.

Deux jours après, le 11 janvier, l'enfant se plaint du ventre; le soir la température est à 38°.

Le 12. — La température est normale, mais les douleurs

abdominales ont augmenté ; le ventre est très ballonné, sonore partout ; à la pression il est très douloureux dans toute son étendue, surtout au niveau des fosses-iliaques. Le soir, le tympanisme est énorme, la température est à 39°6 ; le facies est légèrement grippé ; la langue est sale, le pouls est rapide et irrégulier ; il se produit des nausées, puis des vomissements, d'abord alimentaires, puis bilieux ; il y a eu une évacuation naturelle ; l'écoulement vaginal est très abondant.

Trois gouttes de laudanum ; cataplasme laudanisé.

Le 13, la situation a empiré, le facies est plus altéré, la faiblesse est extrême ; à la paralysie du voile du palais se joint de la paralysie de la nuque. Nous demandons à M. Brun son avis au sujet d'une intervention. M. Brun est d'avis de s'abstenir (ventouses scarifiées sur les fosses iliaques ; café ; Todd ; Champagne ; glace sur le ventre). Le soir, la température est à 38° ; le pouls faiblit, les yeux s'excavent ; météorisme énorme ; vomissements porracés, palpation extrêmement douloureuse.

Le 14, la situation s'aggrave, la langue se dessèche, les extrémités se refroidissent ; quatre sangsues sur le ventre. Quelques gouttes de laudanum.

Dans la journée, il y a une évacuation naturelle.

Le 15 et le 16, la situation est la même ; la douleur est surtout péri-ombilicale et sous-hépatique, la température reste à 39°.

Le 15, la température est à 38°, la langue est moins sèche, pas de vomissements, les autres symptômes sont les mêmes.

Le 18, la température est normale et elle l'est toujours

restée depuis lors, le pouls est à 136, langue meilleure, visage moins altéré.

Le 19, trois selles abondantes et très fétides; ventre moins tendu et moins douloureux; écoulement vaginal peu abondant. Lavement avec un gramme de salol.

A partir de ce moment, l'amélioration a été progressive; les signes de péritonite ont disparu : mais l'état de faiblesse est extrême.

Le 23, la malade s'assoit sur son lit; le ventre est souple et indolore, on administre de la teinture de noix vomique pour combattre l'asthénie musculaire qu'a laissée la paralysie diphthérique.

Le 4 février, l'enfant se lève un peu; il ne lui reste qu'un léger nasonnement de la voix, vestige de sa paralysie diphthérique.

## OBSERVATION VII

Comby.

I. — D..., 11 ans, entre le 7 septembre 1896, pour une scarlatine qui guérit bien.

Le 2 octobre, vingt-huitième jour de la maladie, douleurs de ventre, vomissements, fièvre (39°8). Les symptômes péritonitiques persistent quatre jours, la température atteint 40°, et l'enfant guérit.

On s'aperçoit qu'elle avait de la vulvo-vaginite qui guérit en huit jours.

### OBSERVATION VIII

II. — B... Joséphine, âgée de 10 ans, entre à l'hôpital pour une scarlatine le 2 octobre 1896; le 12, elle présente un écoulement purulent de la vulve qu'on traite par les injections de permanganate de potasse à 1 pour 1000. Le 14 vomissements soudains, douleurs de ventre, fièvre (38°2 à 39°).

Les vomissements, les douleurs, la fièvre durent quatre jours, et la guérison est obtenue.

### OBSERVATION IX

III. — C... Georgette, âgée de 4 ans, entre à l'hôpital le 5 mars 1896, pour une vulvo-vaginite à gonocoques. Elle présente à ce moment de la fièvre, des vomissements, des douleurs abdominales, spontanées et à la pression, de la diarrhée.

Traitement par les irrigations antiseptiques, la glace sur le ventre, la diète; guérison.

### OBSERVATION X

IV. — T... Eugénie, âgée de 6 ans, entre à l'hôpital le 22 avril 1895, pour une vulvo-vaginite à gonocoques, datant de 10 jours.

Depuis deux jours, douleurs atroces dans le ventre, vomissements bilieux, anorexie, soif vive, diarrhée, envies fréquentes d'uriner; température 39°. Là encore la guérison a été obtenue en quelques jours.

## OBSERVATION XI

Comby.

*Société médicale des hôpitaux.*

*24 mai 1901. — Fille de 12 ans, fièvre typhoïde.*

*Péritonite soudaine pendant la convalescence. On est sur le point de faire la laparotomie. Vulvo-vaginite. Guérison par le traitement médical.*

C... Lucie..., âgée de 12 ans, entre à l'hôpital des Enfants, le 25 septembre 1900 pour une fièvre typhoïde. La maladie fut grave et dura 36 jours.

Le 13 octobre. — Défervescence (37°) convalescence régulière à partir de cette époque.

Le 14 novembre. — 15 jours après la reprise de l'alimentation, l'enfant présente brusquement le soir de la fièvre (39°), de la céphalalgie, des vomissements alimentaires d'abord, biliaires ensuite.

En même temps elle accuse une vive douleur abdominale. On pense d'abord à une indigestion; mais le lendemain, l'état s'est aggravé.

Le 15 novembre. — Douleurs abdominales violentes, il n'y a

pas de coliques, mais une douleur constante, une sensibilité exquise que le moindre contact exaspère. La malade est immobile dans le décubitus dorsal, les jambes fléchies sur les cuisses, les cuisses fléchies sur le bassin. Visage pâle, anxieux, grippé, nez froid et effilé, lèvres bleues, langue sale et sèche, extrémités froides et cyanosées. Fièvre moins forte que la veille (38°), mais pouls très fréquent (145). Aux vomissements alimentaires ont succédé des vomissements verdâtres. Selles diarrhéiques. Ventre tendu, régulièrement ballonné, sans exagération. Palpation très douloureuse. Pas de point où la sensibilité soit plus marquée. La palpation est d'ailleurs rendue difficile par le fait de la douleur. On peut constater cependant que la douleur n'est pas plus forte au point de Mac-Burney et qu'il n'y a pas à ce niveau de défense musculaire spéciale, d'induration, de plastron, comme dans l'appendicite. Le toucher rectal ne révèle rien d'anormal dans le petit bassin.

En présence de ces symptômes alarmants, la douleur abdominale, les vomissements, la gravité de l'état général, on porte le diagnostic de péritonite généralisée. Reste à découvrir la cause de cette péritonite.

La notion d'une fièvre typhoïde récente, la brusquerie des accidents, font penser à une perforation typhoïdique de l'intestin. Mais cette perforation semble bien tardive pour être vraisemblable, car nous sommes au 32<sup>e</sup> jour de la convalescence. On parle alors d'appendicite, quoique les signes de localisation fassent défaut, après avoir envisagé la possibilité d'une péritonite à pneumocoques.

Mais un symptôme jusqu'alors inaperçu attire l'attention.

La fillette présente un écoulement vulvo-vaginal verdâtre, tachant et empesant le linge, assez abondant.

La vulve est rouge, les grandes lèvres sont couvertes de pus desséché.

Cependant l'examen direct du pus n'a pas permis de déceler la présence du gonocoque.

Quoiqu'il en soit, il était désormais rationnel de soulever l'hypothèse d'une péritonite consécutive à la vulvo-vaginite.

L'état était si grave que M. le docteur Brun fut consulté sur l'opportunité d'une intervention chirurgicale. Il opina pour une intervention immédiate, pensant que, suivant toute probabilité, on se trouvait en présence d'une péritonite appendiculaire généralisée suraiguë. Mais on n'avait pas l'autorisation de la famille, et l'opération fut différée.

En attendant, on fit le traitement médical suivant : diète absolue, vessie de glace sur le ventre, injection de sérum artificiel (250 gr.) injections de morphine (1/2 centigr. matin et soir). Dans la soirée, le famille avait envoyé l'autorisation d'opérer, mais il fallait courir après le chirurgien de garde, et comme il y avait une légère détente, nous attendîmes.

La douleur persistait, les vomissements continuaient, le facies était toujours grippé, mais la fièvre était tombée (37°); le poulx ne battait plus que 110 fois par minute, la langue était plus humide.

16 novembre. — La température est de 37°3 le matin ; poulx 110 ; plus de vomissements ; ventre moins tendu et moins douloureux ; état général meilleur ; facies moins alarmant. M. Brun revoit l'enfant et n'insiste plus en faveur de l'opération.

On continue la diète, la morphine, la glace, et on ajoute une potion de Todd.

17 novembre. — Le mieux continue, état général assez bon ;

pouls 100 ; langue propre ; il y a un vomissement, pas de garde-robe ; la douleur de ventre est moindre. Pendant les trois jours qui suivent, l'amélioration continue.

Le 22. — Guérison certaine.

## OBSERVATION XII

Comby.

*Fille de 6 ans 1/2, péritonite grave vulvo-vaginite. On est sur le point d'opérer. Guérison sans intervention chirurgicale.*

27 novembre 1900. — B... Marie, âgée de 6 ans et 1/2, entre à l'hôpital des Enfants, le 27 novembre 1900 pour des douleurs de ventre.

Elle aurait été prise le 19 novembre il y a 8 jours, de malaises attribués à une indigestion : vomissements le soir avec continuation le lendemain, douleurs abdominales avec prédominance à droite. Pas de constipation mais selles peu abondantes.

Le 22 novembre. — Etat plus grave ; constipation ; douleurs abdominales généralisées ; faiblesse très grande.

Le 27 novembre. — Date de l'entrée à l'hôpital, la douleur de ventre est très vive, continue, généralisée.

Constipation ; plus de vomissements.

Etat général grave ; prostration, algidité ; extrémités cyanosées ; facies pâle et grippé ; peu de fièvre (37°5) ; pouls très petit (140 par minute).

On porte le diagnostic de péritonite.

On songe naturellement à une appendicite, mais on tend à l'éliminer par suite de l'absence de symptômes localisés.

Il existe un écoulement vaginal abondant ; cet écoulement, d'origine déjà ancienne, aurait présenté il y a 15 jours (8 jours avant la péritonite) une recrudescence notable ; pus très abondant, douleurs à la miction. Cependant l'examen bactériologique du pus n'a pas fait déceler le gonocoque.

M. le Dr Brun est consulté sur l'opportunité d'une intervention chirurgicale ; il est d'avis de différer la laparotomie en suivant la malade de très près. On prescrit en attendant : diète absolue, glace sur le ventre, injections hypodermiques de morphine (1/2 centigr.) injections de sérum artificiel.

Le 28 novembre, la péritonite ne s'est pas aggravée ; le ventre est moins douloureux, la langue est moins sèche, le pouls meilleur, le facies moins alarmant.

A partir de ce jour, l'amélioration ne cesse de faire des progrès, et, cinq jours après l'entrée à l'hôpital, la guérison est assurée.

L'enfant, convalescente, attendait son départ pour la campagne, quand le 7 janvier 1901, vers le soir (cinq semaines après la guérison de la première atteinte), elle est prise d'une nouvelle poussée péritonéale. Vomissements bilieux, douleurs généralisées dans le ventre, qui est ballonné, sonore à la percussion, sensible dans toute son étendue. Constipation ; langue humide ; facies bon ; pas de fièvre, quoique le pouls soit à 120 ; état général satisfaisant.

Le traitement par la diète, la glace, etc., est repris. Pendant cinq jours l'état reste le même (constipation, ballonnement du ventre).

Du 7 au 12 janvier, deux selles seulement : la première diarrhéique, la deuxième provoquée par un lavement, formée de matières dures, mêlées de mucus et de glaires. Vomissements plutôt rares, les deux premiers jours verdâtres, ensuite alimentaires.

Pouls à 120, plein et régulier.

Injections de morphine. Comme aliment, un quart de verre de lait toutes les trois heures.

Au septième jour de cette rechute péritonéale, tout phénomène inquiétant disparaît et la guérison est définitive.

### OBSERVATION XIII

Comby.

*Fille de 6 ans 1/2. Pleurésie purulente. Vulvo-vaginite.*

*Péritonite grave. Guérison sans opération.*

16 octobre 1900. — E... Alice, âgée de 6 ans 1/2 entre à l'hôpital des Enfants, le 16 octobre 1900, pour une pleurésie purulente métapneumonique, révélée par les signes classiques, confirmée par la ponction exploratrice et guérie sans autre intervention.

Epanchement en lame très peu abondant.

Le 26 octobre, apyrexie complète ; il persiste un peu de matité à droite jusqu'au 15 novembre. A partir de cette époque, la malade, considérée comme guérie, attendait son départ pour Forges.

Le 1<sup>er</sup> décembre, légère atteinte de grippe. Guérison rapide.

Le 8 janvier 1901, dans la journée, l'enfant se plaint de coliques violentes sans diarrhée. Le soir, état alarmant; violentes douleurs dans le ventre avec exacerbations qui arrachent des plaintes, vomissements.

Décubitus dorsal, jambes fléchies sur les cuisses, cuisses fléchies sur le bassin. Face pâle et angoissée, Fièvre vive (36°,1) pouls très rapide (180), ventre tendu, ballonné. La palpation, gênée par la douleur, est cependant possible; elle montre qu'il n'y a pas de défense musculaire. Pas de matité à la pression, pas de localisation dans la fosse iliaque droite, impossible de préciser le siège des douleurs.

Traitement par la diète absolue, la vessie de glace, etc.

Le 10 janvier, état plus grave, pouls 180, température 39°, 38°7, face pâle, yeux excavés, cerclés de noir, nez effilé, lèvres pincées et bleues, langue sèche et pâteuse, facies effrayant.

On discute encore la possibilité d'une appendicite perforante; mais on l'écarte devant l'absence de localisation; on pense à la péritonite à pneumocoques.

Mais on a noté la présence d'un écoulement vaginal purulent et verdâtre, qui empèse le linge. Cette vulvo-vaginite est récente. Elle semble avoir été contractée dans le service, peut-être par un thermomètre ou un bassin.

L'examen bactériologique du pus révèle la présence du gonocoque.

*Traitement.* — Diète absolue, vessie de glace, injection de morphine (1/2 centigramme matin et soir), injection de sérum artificiel (200 gr.),

On repousse l'intervention chirurgicale.

Le 11 janvier. Même état, pouls toujours très petit et très rapide. Facies péritonéal, fièvre modérée (38°5).

Constipation, vomissements alimentaires.

La douleur semble se localiser dans la fosse iliaque droite. Mais un examen attentif montre que cette douleur, très superficielle, répond à la piqûre de sérum.

Le 12 janvier. — Quatrième jour de la péritonite, peu de changement.

Toutefois, il semble y avoir une légère amélioration : douleur persistante, mais facies meilleur, pas de fièvre (37°) : pouls moins fréquent et plus fort.

Les 13 et 14 janvier, 37°2, pouls 120 : douleurs moins vives, le ventre se laisse déprimer. Le 15 janvier, plus de douleurs continues ; seulement quelques coliques par intervalles.

Le 16 janvier, guérison.

## OBSERVATIONS XIV et XV

Observations prises dans le service du Dr Variot.

Dues à l'obligeance de M. Sébilleau.

Les deux fillettes Louise et Blanche H..., âgées respectivement de 12 et 10 ans  $\frac{1}{2}$ , entrent ensemble le 16 janvier à l'hôpital des Enfants-Malades. Les parents sont très misérables ; la mère alcoolique est remariée depuis 5 ans. Sur douze enfants, six sont morts ; des six survivants, ces deux enfants seules habitent avec leurs parents dans une chambre garnie d'hôtel meublé. Elles partagent le même lit, et toutes deux sont

atteintes de vulvite avec écoulement purulent assez abondant. Il semble que l'aînée des deux sœurs ait été prise la première et qu'elle aurait contaminé l'autre. Quant à l'origine de la vulvite initiale, nous restons dans le doute ; l'enfant prétend bien que son beau-père se livrait sur elle à des attouchements, mais on sait combien les témoignages à cet âge sont sujets à caution.

C'est à la fin de décembre 1903 que la vulvite aurait commencé, jusque-là l'enfant avait eu une très bonne santé ; elle était incommodée sérieusement par l'écoulement purulent qui souillait sa chemise. Le 13 janvier, étant en promenade, elle aurait été prise de douleurs brusques et violentes, dans tout le ventre, mais elle n'eut pas de vomissements, ces douleurs auraient duré deux jours. Après cette première crise, elle entre à l'hôpital le 16 janvier ; dès le lendemain 17, le diagnostic de vulvite fut posé.

Non seulement il y avait un écoulement visqueux et purulent, mais la peau de la face interne des cuisses était rougie par le frottement ; les grandes et surtout les petites lèvres étaient tuméfiées et rouges ; on ne faisait pas sourdre de pus à la pression du méat urinaire, l'émission des urines n'était pas douloureuse.

La palpation de l'abdomen fit constater qu'il était souple et indolore ; il ne restait pas de vestiges des douleurs des jours précédents.

Sous l'influence des lavages et des applications de solution de permanganate de potasse à 2/1000, l'écoulement devint moins abondant les jours suivants ; l'état général était bon et l'enfant s'alimentait normalement, quand, dans la nuit du 25 au 26 janvier, elle fut prise subitement de douleurs très violentes dans tout l'abdomen. A la visite du matin, on trouva le

facies de la malade absolument changé. Les yeux étaient enfoncés dans les orbites, les traits étaient effilés et angoissants ; elle était couchée sur le dos, immobile, appréhendant les moindres explorations et se plaignant du ventre.

A l'inspection, l'abdomen paraissait légèrement ballonné et à la palpation il y avait une tension marquée.

La pression limitée sur les diverses parties de l'abdomen exaspérait beaucoup les douleurs, surtout dans la fosse iliaque gauche. La fosse iliaque droite et la région de Mac-Burney étaient bien moins sensibles.

Le traitement consiste dans une large ampoule de glace, appliquée sur le ventre. On prescrit la diète (une cuillerée de vin de Champagne de temps à autre, comme unique boisson).

Température 39°2. Pouls petit, serré à 120.

Le soir la température était de 38°2, le pouls était à 108. Douleurs toujours vives, dans l'après-midi un vomissement jaunâtre, d'apparence bilieuse. Le toucher rectal pratiqué montra que le cul-de-sac de Douglas était souple. Dans le rectum il y avait une assez grande quantité de matières accumulées.

La malade n'était pas allée à la selle depuis 2 jours. On prescrit un lavement émollient.

27 janvier. — Température 36°4 ; pouls 108.

L'enfant souffre moins. L'abdomen est moins tendu, moins sensible à la pression. Le facies est beaucoup meilleur ; même traitement.

28 janvier. — Température 37°2, le matin 37°2 le soir.

Il reste une douleur légère à la pression dans la fosse iliaque gauche.

L'écoulement vulvaire qui avait diminué pendant la crise douloureuse, reparaît notablement.

29 janvier. — Température et pouls normaux.

Le ventre est redevenu souple, non douloureux. La malade demande à manger, on donne un peu de lait.

30 janvier — L'état est redevenu absolument normal.

31 janvier. — On permet à la malade de s'alimenter légèrement et quelques jours après elle se lève et est entièrement guérie. L'examen du pus vulvaire sur lamelle colorée au bleu de Kuhne nous a montré des diplocoques intra et extra-cellulaires qui disparaissaient par le Gram. Il s'agit donc bien d'une vulvite à gonocoques.

L'observation clinique de la deuxième fillette est calquée presque exactement sur la précédente : elle fut prise dès le 20 janvier, c'est-à-dire deux jours seulement après son entrée à l'hôpital, de douleurs extrêmement violentes dans tout l'abdomen. Le diagnostic de vulvite était bien évident à l'entrée.

L'écoulement purulent n'avait commencé pour elle que huit jours environ après celui de sa sœur aînée.

Le traitement au permanganate de potasse à 1/2000 fut institué ; la suppuration diminuait déjà quand, le 20 janvier, la température s'éleva à 38 degrés. Dans la nuit les douleurs abdominales avaient été très violentes et avaient débuté subitement. Ces douleurs spontanées, continues, occupent tout l'abdomen. Une pression légère de la paroi abdominale provoque des douleurs très aiguës au niveau de la fosse iliaque gauche. La pression au niveau de la fosse iliaque droite et de la région appendiculaire n'est pas très douloureuse.

Le facies est très altéré, péritonitique.

Le pouls bat 112, petit et rapide.

Il y a de la constipation depuis deux jours.

Le soir la température 39°, le pouls 116.

Les douleurs restent très vives dans le ventre. Dans la nuit du 20 août, un vomissement verdâtre, porracé peu abondant. L'interne de garde fut appelé, mais ne jugea pas l'opération urgente et fit continuer le traitement commencé depuis le matin, c'est-à-dire la glace sur le ventre ; une cuillerée de Champagne de temps à autre.

21 janvier. — T. matin 38° ; soir 37°4 ; pouls 105. Abdomen légèrement ballonné.

Météorisme à la percussion. Facies altéré. Douleurs spontanées et provoquées toujours très aiguës. Le toucher rectal permet de reconnaître un très léger empatement dans la partie gauche du cul-de-sac de Douglas.

Constipation opiniâtre.

22 janvier. — T. m., 36°3 ; s. 37°, pouls 108.

L'état est bien moins inquiétant, l'idée de la laparotomie est écartée définitivement.

23 janvier. — T. m., 36°8 ; s. 37°, pouls 90.

La malade, après une nuit tranquille est mieux. Le facies reprend son aspect normal ; la sensibilité de l'abdomen est apaisée. On donne du lait à l'enfant.

Les jours suivants, le ventre reprend sa souplesse normale et les douleurs ont entièrement cessé.

On a constaté dans le pus vulvaire des diplocoques intra et extra-cellulaires comme chez la sœur aînée.

## OBSERVATION XVI

Northrup (New-York)

*Vulvo-vaginite gonococcique ; péritonite ; on pense à une appendicite ; laparotomie ; guérison ; enfant âgée de 11 ans.*

La malade était au lit depuis quelques jours parce qu'elle ne se trouvait pas aussi bien que de coutume. On s'aperçut alors qu'elle avait un écoulement vaginal. En raison de ces symptômes, un médecin fut mandé. Elle sembla s'améliorer par un traitement général et des lavages. L'état était tel que le médecin ne jugea pas utile de revenir et résolut d'attendre qu'on le rappelât. Elle avait été malade une semaine.

Voici ce qui se passa le septième jour :

A 11 heures, la malade, étant aussi bien que les jours précédents, fut placée dans un fauteuil, sur le balcon, pour prendre l'air. On remarqua, pendant qu'elle était assise là, qu'elle semblait plus fatiguée ; on la mit au lit. A une heure la température était à 103° F.

Elle avait des douleurs abdominales, elle eut un vomissement, de la fièvre et une grande prostration. La douleur était plus prononcée dans la fosse iliaque droite qui était très sensible à la pression. N'importe quel observateur aurait été frappé de son aspect, pâleur livide et profonde prostration. Elle était apparemment en état de shock. Cet état d'abattement, de prostration, me rappelait ce que j'avais vu chez deux enfants atteints

d'invagination intestinale. A 3 heures la température était à 104° F. A 4 heures, 104° 1/2 F.

En résumé les symptômes étaient : Début brusque, douleur dans l'abdomen, sensibilité plus marquée dans la fosse iliaque droite, ventre modérément tendu, un vomissement, miction pénible, pâleur livide, prostration accentuée, abattement extrême, température 104° 1/2 F.

L'écoulement vaginal était épais, crémeux, contenant des diplocoques intra-cellulaires, décolorés par le Gram, et reconnus pour des gonocoques par le Dr G. A. Cuttle.

Le Dr George Woolsey, chirurgien, fut appelé en consultation. Il remarqua les mêmes symptômes et il nota en plus, une rigidité au niveau de l'appendice, la largeur de la paume d'une main, avec douleur aiguë à la pression. Il y avait de la rigidité musculaire, de la respiration thoracique.

La température était alors à 104° 1/2 F.

D'après lui, il s'agissait d'un début de péritonite généralisée, due probablement à une lésion de l'appendice.

Il pratiqua la laparotomie 6 heures après le moment où la malade, assise au balcon, commença à se sentir malade.

Voici la relation de l'opération qui fournit une occasion exceptionnelle d'examiner pendant la vie, les lésions pathologiques. Une petite quantité d'un liquide clair et peu coloré fut trouvé dans le petit bassin. Le péritoine était rouge, les vaisseaux distendus d'une façon remarquable. C'était un très frappant exemple « d'injection arborescente ». La coloration rouge du péritoine semblait due à l'injection des vaisseaux ; elle était particulièrement marquée au niveau du cœcum. En dehors de l'injection des vaisseaux et de la petite quantité de liquide dans la fosse pelvienne, il n'y avait pas de lésions inflammatoires

appréciables. On nota aussi que la membrane péritonéale était moins brillante que de coutume, un peu plus mate, dépolie, et sèche. L'appendice était sain ; les trompes et les ovaires ne furent pas déplacés.

Bien que l'injection des vaisseaux fût notée dans tous les points de l'intestin exposés à la vue, elle était plus marquée au niveau du cœcum et du côlon. Ces dernières parties étaient rouge-sang. La malade guérit sans accidents. L'écoulement dura trois mois en tout. Après plus d'un an, on la retrouva entièrement guérie.

## OBSERVATION XVII

Northrup.

*Vulvo-vaginite gonococcique : péritonite généralisée, ne simulant pas l'appendicite ; pas d'opérations ; guérison ; fille de 9 ans.*

La malade, sœur de la précédente, couchait avec celle-ci, et avec la femme par laquelle la première avait sans doute été contaminée. Les deux cas se sont suivis de près.

L'écoulement génital fut noté une semaine après le commencement de l'écoulement chez la première. Elle était au lit, traitée par la diète, surveillance des intestins, fréquents lavages à l'acide borique. L'écoulement était épais, crémeux, contenant du gonocoque. Au bout d'une semaine, elle fut prise de douleur abdominale, de vomissement, envies d'uriner fréquen-

tes et douloureuses. La sensibilité et la douleur siégeaient toujours à la région de la rate.

La douleur, la sensibilité et la tension existaient dans tout l'abdomen, mais lorsqu'on lui demandait le point le plus douloureux, elle montrait invariablement le côté gauche. Elle vomit abondamment et pendant plusieurs jours. Il y avait une légère distension, la douleur affectait la forme de colique, changeant de siège. Tout ce qui excitait le péristaltisme augmentait les douleurs. La malade restait la plupart du temps les genoux repliés, redoutant l'instant de vider sa vessie ou ses intestins, et le retardant le plus possible.

La respiration était rapide et thoracique aussi bien pendant la veille que pendant le sommeil. La poitrine fut examinée sans qu'on trouvât rien d'anormal.

L'aspect général de la petite malade était caractéristique.

Elle était pâle, bleuâtre, grippée, le nez, les mains et les pieds étaient froids, le nez, et les lèvres étaient grippés, le front ridé, la face avait une expression d'anxiété et d'agonie. Elle était sur le côté, les genoux repliés, pleurant et gémissant. La mère parlait chaque jour de sa plus grande maigreur, de sa pâleur livide et ajoutait : Elle paraît absolument bleue parfois.

La température était irrégulière, atteignant parfois 102°4 F. Depuis plus d'une semaine elle variait entre 101° et 102° F. et pendant une seconde semaine de 99° à 100° F. L'écoulement dura deux mois.

Un an après elle était absolument bien.

## OBSERVATION XVIII

Résumée par MM. BAGINSKY et MARFAN.

Fillette atteinte d'uréthro-vaginite, péritonite généralisée.

Mort rapide.

Collection purulente dans l'espace de Douglas.

Salpingite purulente. Petits abcès dans les ovaires. Dans le pus de ces abcès on trouve des gonocoques et des staphylocoques.



## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BAGINSKY. — Berliner Med. Marz., 1896.  
CHATARD. — Loire médicale, 15 mai 1902.  
COMBY. — Société méd. des hôpitaux, 1901.  
EPSTEIN. — Traité des maladies de l'enfance (T. III).  
HATFIELD. — Archives of pediatrics, 1886.  
HUBER. — American pediatric Society, 1889.  
LOVEN. — Hygiea, 1886.  
MARFAN. — Revue mensuelle, maladies de l'enfance,  
1897.  
NORTHROP. — Archives of pediatrics, 1903.  
STEVEN. — Lancet, 1891.  
VARIOT. — Gazette des hôpitaux. Mars 1904.

